

.....
(pieczęć Oferenta)

.....
(miejsowość, data)

**OŚWIADCZENIE O NIEZALEGANIU Z ŻADNYMI PŁATNOŚCIAMI NA RZECZ
ORGANIZATORA PRZETARGU**

Niniejszym w imieniu Oferenta oświadczam, że nie zalega on z żadnymi płatnościami na rzecz Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Lublinie. Wiarygodność oświadczenia **potwierdzam** wyciągiem o stanie rozliczeń z Działu Finansowo – Księgowego Szpitala w/m, będącym integralną częścią niniejszego oświadczenia.

.....
imiona i nazwiska oraz podpis(y) osób
uprawnionych do reprezentowania Oferenta

.....
podpis osoby uprawnionej
do poświadczenia wiarygodności oświadczenia
w imieniu Działu Finansowo –Księgowego Szpitala w/m